Acht Fälle
künstlicher Frühgeburt
bei Beckenenge.

Inaugural-Dissertation

welche

unter Zustimmung der hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

am 20. Februar 1874

öffentlich vertheidigen wird

Robert Suchier
aus Allendorf a. d. W.

MARBURG.
Druck von C. L. Pfeil.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0253

Nachstehende Fälle von künstlich eingeleiteter Frühgeburt kamen in der Zeit von Ende December 1870 bis August 1873 in der geburtshülflichen Klinik zu Marburg zur Beobachtung:

Erster Fall*).

(J.-No. 5305).

Frau B., 36 Jahre alt, von grossem und kräftigem Körperbau hat 2mal geboren. Beide Geburten traten am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft ein. Die erste wurde mit der Zange beendet, bei der zweiten wurde die Wendung nothwendig. Beide Kinder starben während der Geburt.

Status am 5. August 1871.

Aeussere Untersuchung: Starker Hängebauch, viel Fruchtwasser vorhanden. Die Frucht liegt in der ersten Diagonale und fast horizontal. Der fundus uteri fast 7 Finger breit über dem Nabel; Wandungen des uterus schlaff. Der Kopf der Frucht steht über dem linken Schambein, der Bauch derselben scheint nach rechts und vorn gekehrt zu sein. Fötalpuls ist links, ziemlich hoch oben hörbar.

Innere Untersuchung: Die Scheide ist ziemlich weit und weich; Scheidentheil 2 Ctm. lang, weich, zerklüftet. Muttermund etwas ectropisch. Canal. cervical. lässt den Finger nur etwa 1,5 Ctm. weit eindringen. Kein vorlie-

*) Wurde bereits von Herrn Prof. Dohrn ausführlich im Archiv für Gynäkologie mitgetheilt; deshalb hier im Auszug.

gender Theil wahrnehmbar. Das promontorium steht ziemlich hoch und ist stumpf, Seitenwände ziemlich leicht bestreichbar.

Der Beckenmessung zu Folge ist das Becken ein allgemein verengtes plattes mit muthmasslicher conj. vera von 8,2 Ctm.

Status am 26. August 1871.

Lage der Frucht, wie früher, trotz versuchter Correction mittels elastischer Binde. Fötalpuls links oben mit accentuirtem zweiten Ton und sehr lautem Nabelschnurgeräusch. Die innere Untersuchung ergibt dasselbe Resultat, als die frühere. Von Neuem Anlegen einer Leibbinde.

Vom 28. an werden täglich drei warme Injectionen gemacht, deren schwacher Erfolg erst am 31. eine derartige Erweiterung des Muttermundes zu Wege bringt, dass sich eine elastische bougie einführen lässt. Die Wehen verstärken sich allmählich, so dass am Abend des 1. September der Muttermund zu breitem Querspalt geöffnet und die gut gespannte Blase fühlbar wird, welche am 2. Morgens platzt Vorliegender Theil scheint der Steiss zu sein.

Am 3. klagt die Kreissende über Hitze. Fötalpuls undeutlich, Wehen sehr schwach; Secale, später Einlegen des Colpeurynter.

Am 4. Allgemeinbefinden der Kreissenden schlechter. Nach dem Versuche, einen Fuss herabzuholen, bekommt dieselbe einen starken Schüttelfrost. Der Steiss schneidet ein, nachdem die Wehen stärker und häufiger wiedergekehrt waren.

Die vollständige Austreibung der todten Frucht geht rasch von Statten. Es entleeren sich nach Geburt des Kopfes mit Gewalt (explosionsartig) viel übelriechendes Fruchtwasser und Gase. Die Frucht ist sehr entstellt, Epidermis fetzig abgelöst.

Der uterus blieb noch relativ gross, gab vollen tympanitischen Percussionston und beim Betasten ein eigen-

thümliches Knistern (wie bei Hautemphysem). Es entleert sich wenig misfarbenes Blut und bei gelindem Druck entweichen sehr übelriechende Gase. Die gewöhnlichen Methoden zur Entfernung der Nachgeburt blieben ohne Erfolg, weshalb nach längerem Warten die Hand in den uterus eingeführt und so die bereits gelöste placenta leicht fortgenommen wurde.

Die placenta war klein, matsch, blutleer, die Eihäute braungrau und zerfetzt.

Am ersten Tage des Wochenbetts werden die Lochien sehr putrid, der Puls ist klein und frequent, uterus klein und empfindlich. In der Folgezeit treten heftige Leibschmerzen auf, das Sensorium wird benommen, Pupillen verengt. Einem stärkeren Schmerzanfalle folgen grössere Oppressionserscheinungen, frequente, oberflächliche Respiration und am 3. Tage des Wochenbetts der Tod.

Die Section zeigte eine verbreitete, eitrige peritonitis, uterus gross, mit schwarzrother fetziger Oberfläche, peritonaeum abgehoben und zerrissen.

Zweiter Fall.

(J.-No. 5544).

Die Schwangere S. befindet sich im 27. Lebensjahre ist mittelgross und hochblond.

Ueber ihre Kindheit weiss sie nur zu berichten, dass sie während derselben nie krank war. Die erste Regel trat im 15. Lebensjahre ein, kehrte regelmässig nach 4 Wochen wieder und dauerte jedesmal 2 — 3 Tage.

Im Jahre 1870 wurde sie zum ersten Male und zwar mit der Zange entbunden. Das Kind wurde lebend geboren, trug aber am Kopfe mehrere Verletzungen, welche erst nach längerer Eiterung heilten. Die Entbindung dauerte von Mittag bis Abend desselben Tages.

Was diese ihre zweite Schwangerschaft anlangt, so ist die letzte Menstruation Ende August 1872 eingetreten und

wurden die ersten Kindesbewegungen Ende December wahrgenommen.

Status am 26. April 1873.

Aeussere Untersuchung: Leib stark vorn überhängend, Wandungen schlaff, Frucht in erster Diagonale; Rücken links, Fötalpuls links in der Mitte, kleine Theile rechts oben und vorn. Rechts unten ist ein kleiner Theil, (Arm?) deutlich fühlbar.

Beckenmaasse: spin. il. 29,2
cr. il. 31,5
Baud. 21,4.

Es findet sich eine starke Kyphose sämmtlicher Lendenwirbel. Nach deren Entstehung befragt, gibt die Schwangere an, dass sie als einjähriges Kind an einem Rückenleiden behandelt sei.

Innere Untersuchung: Labien etwas angeschwollen. Scheide weit und feucht; Scheidentheil kurz, nach hinten und sehr hoch stehend. Der Muttermund lässt den Finger eindringen. Die spinae ischii sind beiderseits scharf zur Seite vorspringend, besonders die rechtsseitige; auf beiden und in ihrer Umgebung sind die Weichtheile sehr empfindlich. Das Steissbein und der untere Theil des Kreuzbeins sind nach vorn gewandt und leicht erreichbar, während der obere Theil des Kreuzbeins nach hinten gedreht erscheint. Das Becken erweist sich als ein kyphotisch querverengtes. Promontorium mit 2 Fingern nicht erreichbar. Vorliegender Theil ist der Schädel.

Vom 4. Mai ab werden zur Erregung der künstlichen Frühgeburt lauwarme Injectionen gemacht. Es traten danach zeitweise Contractionen auf, welche am 6. Mai bei zweistündiger Wiederholung der Injectionen sich verstärken.

Der Befund ist noch derselbe, wie oben beschrieben, nur ist der Cervikalkanal jetzt durchgängig und die Eiblase fühlbar. Zur rechten Seite des Kopfes scheint eine Hand zu liegen.

Die Contractionen verstärken sich allmählich, nachdem zuvor, in der Nacht vom $^6/_7$ Mai eine kurze Ruhe eingetreten ist; Muttermund öffnet sich mehr und mehr, Scheidentheil ist verstrichen.

1 Uhr Mittags erfolgt der Blasensprung. Der Muttermund ist thalergross. Energische Wehen bringen den Scheidentheil bald ganz zum Verstreichen und der Kopf stellt sich rasch ins Becken ein. Die grosse Fontanelle steht rechts vorn, die Pfeilnaht verläuft im zweiten schrägen Durchmesser. Der Kopf findet bis zur Mitte des Beckens kein Hindernis und tritt rasch tiefer hinab, bleibt aber am Beckenausgang stehen und wird trotz sehr energischer Wehen kaum weiter getrieben. Nach Verlauf von 2 Stunden ist der Stand des Kopfes noch immer derselbe. Der Fötalpuls von guter Beschaffenheit. Die Kreissende ist durch die lange Geburtsarbeit und schlaflosen Nächte sehr erschöpft, es wird deshalb, und weil nach abermaligem Warten der Kopf noch immer in derselben Stellung verharrt (bei einem Fötalpuls von 132 Schlägen in der Minute) die Zange im queren Durchmesser angelegt.

Die vorher angestellte Untersuchung ergab, dass die Pfeilnaht in der Mitte zwischen geradem und zweitem schrägen Durchmesser verlief. Grosse Fontanelle stand vorn, kleine hinten. Es gelang mit drei Tractionen den Kopf bis zum Durchschneiden zu entwickeln. Dies letztere sollte der Natur überlassen werden, weshalb die Zange entfernt wurde. Beim Abnehmen des zweiten Löffels trieb eine Wehe den Kopf völlig heraus. Das Gesicht des Kindes, welches in Vorderscheitellage geboren wurde, drehte sich nach rechts; die folgende Wehe vollendete die Geburt des ganzen übrigen Körpers.

Die Nachgeburt wurde durch den Credé'schen Handgriff entfernt. Sie zeigte zahlreiche kleine Cotyledonen ohne tiefe Zwischenräume zwischen denselben. Nabelschnur in-

serirt sich excentrisch, bietet aber sonst nichts Bemerkenswerthes dar; ebensowenig die Eihäute.

Der Kopf des Kindes zeigt Folgendes: Es besteht Asymmetrie; das rechte Scheitelbein ist emporgehoben, das linke abgeflacht; letzteres untergeschoben ebenso, aber in geringerem Grade, das rechte Stirnbein. Auf dem rechten Scheitelbein befindet sich ein Kephalhämatom, fluctuirend, von braunrother Farbe. An dem linken Auge befinden sich an beiden Lidern etwa 3 — 4 linsengrosse, mit ziemlich wasserheller Flüssigkeit gefüllte Bläschen. Neben diesem Auge ist die Spur des einen Zangenlöffels sichtbar; es lässt sich deshalb vermuthen, dass diese Bläschen durch den Druck der Zange entstanden sind.

Am 12. Mai ist das Kephalhämatom von der Grösse eines Zweithalerstücks. Es wird eröffnet, wobei sich dünnflüssiges, dunkles Blut entleert.

Am 16. verlässt die Wöchnerin das Bett, ohne Erlaubnis hierzu zu haben. Es stellt sich darauf Schmerz im linken Bein und ödematöse Schwellung, zunächst an den Knöcheln ein. Im Laufe der folgenden Tage (bis zum 20.) nehmen die Schmerzen zu und die Schwellung wird so bedeutend, dass die Haut des ganzen Beines prall gespannt, glänzend und weiss wird. Es wird stets für Stuhl- und Harnentleerung gesorgt, das Bein ruhig zu halten geboten und in warme Tücher geschlagen, welche Linderung verschaffen; daneben Darreichung von Opiaten.

Vom 21. ab fällt die Geschwulst wieder, nur bleibt noch an der Innenfläche des Oberschenkels eine kleine Stelle geröthet, doch tritt keine Fluctuation daselbst auf. Appetit und Allgemeinbefinden bessern sich rasch,

Am 28. noch ein Mal ein kurzes Aufflackern des Processes und zwar im Fusse, doch lässt auch hier Schmerz und Schwellung bald wieder nach. Am 10. Juni sind alle Symptome der Art verschwunden. Das Wohlbefinden dauert

an, so dass am 17. desselben Monats die Entlassung von Mutter und Kind erfolgen kann.

Dritter Fall.

(J.-No. 5568).

Frau R. ist 33½ Jahr alt, mittelgross, blond. Sie lernte in ihrem zweiten Lebensjahre laufen. Ob sie in ihrer Jugend an Rhachitis gelitten habe, weiss sie nicht. Zwei verheirathete Schwestern haben 5 resp. 3 Kinder leicht geboren.

Herbst 1870 hat sie zum ersten Male geboren. Bei der Geburt schleichender Wasserabgang. Beendigung des scheinbar sehr schweren Actes mit der Zange. Das Kind soll zwischen 7 und 8 Pfund gewogen haben.

Am 8. April 1872 zweite Niederkunft. Wurde 24 Stunden nach dem Blasensprung durch Perforation beendet. In beiden Wochenbetten hat sich die R. gut befunden.

Was die jetzige Schwangerschaft anbetrifft, so hatte sie die letzte Menstruation den 20. October 1872 und nahm die ersten Kindesbewegungen in der zweiten Woche des Monat März wahr.

Status am 27. Juni 1873.

Aeussere Untersuchung: Leib stark ausgedehnt. Hängebauch mittleren Grades. Wandungen des uterus ziemlich straff; Fruchtwasser in bedeutender Menge vorhanden. Die Frucht liegt steil. Fötalpuls links oben, nicht deutlich hörbar. Fundus uteri handbreit über dem Nabel.

Die Beckenmessung ergab.

spin. il.	27,6	Cm.
cr. il.	28,7	„
Baud.	18,4	„
conj. diag.	9,3	„
conj. vera zu	7,5	„ geschützt.

Kreuz stark eingezogen, Schossfuge hoch, von mittlerer

Neigung, Seitenwände leicht bestreichbar. — Tibien etwas einwärts gebogen.

Innere Untersuchung: Labien, besonders die linke, ödematös angeschwollen, Scheidenwände leicht gesenkt. Seitenwände leicht bestreichbar. Scheide sehr weit, Scheidentheil kurz und sehr zerklüftet. Der Cervikalkanal lässt die Fingerspitze eindringen. Der Kopf steht hoch, links, über dem Becken. Das promontorium steht tief, springt scharf vor. Obere Wirbel des stark vornübergeneigten Kreuzbeins leicht bestreichbar.

Nachdem vorstehender Befund erhoben war, wurde die künstliche Frühgeburt sogleich beschlossen. Die Schwangerschaft schien bis zur 35. — 36. Woche vorgeschritten zu sein. Da der Cervikalkanal die Fingerspitze nicht ganz durchliess, mit vorbereitenden warmen Injectionen aber die Zeit nicht verloren werden durfte, so wurde am 27. Juni Mittags eine feine bougie, (welche eben durchging) hoch in den uterus geschoben. Dieselbe blieb bis gegen Abend liegen und bewirkte zeitweise ziemlich starke Spannungen.

28. Juni Morgens. Cervikalkanal verkürzt, lässt den Finger durchgehn, welcher auf den lose vorliegenden Kopf trifft. Es müssen häufige Wehen dagewesen sein, obgleich die R. leidlich geschlafen haben will.

Mittags wird eine dicke bougie hoch hinauf geführt. Es geht viel Schleim ab mit etwas Blut gefärbt, doch sind die Wehen bis zum Abend hin selten.

29. Juni. Im Laufe der Nacht sind wieder dann und wann Wehen eingetreten. Die bougie, welche gestern Abend entfernt war, wird heute Morgen 8 Uhr wieder eingeführt. Der Cervikalkanal ist jetzt 1 Cm. lang, die Eiblase und der vorliegende Kopf gut erreichbar. Um Mitttag wird die bougie auf 1 Stunde entfernt. Reichlicher Abgang blutigen Schleims, aber nur schwache, seltene Zusammenziehungen. Katheter Abends entfernt.

30. Juni. Letzte Nacht ziemlich ruhiger Schlaf. Heute Morgen Befund, wie gestern. 8 Uhr wird wieder die Bougie eingeführt. $8^1/_2$ Uhr fliesst schleichend etwas Wasser ab. Die Blase muss hoch oben gesprungen sein, da über den Kopf noch die Eihäute weggehn. Nach Abfluss einer grösseren Menge Wassers bleibt der uterus doch noch sehr gross. Es werden kleine Theile rechts und links sehr entfernt von einander gefühlt. Zwei Herzpulse werden vergebens gesucht. Man hört nur *einen* unten, in der Mitte, diesen allerdings weit verbreitet.

1. Juli. Während der Nacht seltene Wehen, trotz häufigen Wasserabflusses. Katheter von Morgen bis Mittag wieder eingelegt. Mittags ist meconium dem abgehenden Fruchtwasser beigemischt, Fötalpuls indess gut. Befinden der Kreissenden sehr gut. Im Interesse der Frucht schien eine rasche Beendigung der Geburt sehr wünschenswerth. Der Colpeurynter würde bei der sehr weiten vagina schwerlich gehalten haben, die bougie nützte nach der Beobachtung der letzten Stunden wenig, konnte aber dadurch schaden, dass sie das Abfliessen des Fruchtwassers ferner ermöglichte. So wurde denn Secale gegeben 0,7 Grm. pro dosi, im Laufe des Nachmittags 3mal. Darauf erfolgten häufige Wehen.

Abends 7 Uhr sehr oft wiederkehrende, aber nicht sehr starke Contractionen. Fötalpuls gut, 144 Schläge in der Minute. Reichlicher Meconiumabgang; orificum uteri lässt bequem einen Finger eindringen; kleine Fontanelle rechts hinten über dem Muttermund. Noch keine Unterschiebung eines Scheitelbeins, Pfeilnaht schräg.

2. Juni. In letzter Nacht wurden die Wehen drängender. Gegen 4 Uhr Morgens war der Muttermund völlig eröffnet, das abgehende Wasser frei von meconium, Fötalpuls aber gegen Mitternacht sehr rasch und gegen Morgen an Frequenz und Deutlichkeit abnehmend. Der Kopf wurde mit sehr tief stehender kleiner Fontanelle aufs Becken gepresst. Die Pfeilnaht eine Fingerbreite unter dem promon-

torium. Die grosse Fontanelle nach links nicht erreichbar. Sobald ein hinreichend breiter Saum des hinteren Scheitelbeins auf den Beckeneingang herabgetreten war, wurde im Interesse des Kindes ein Versuch mit der Zange beschlossen. Während die Vorbereitungen dazu getroffen wurden (Morgens 6 Uhr), wurde der Kopf in der Schamspalte sichtbar. Derselbe passirte die Beckenhöhle mit einer Wehe. Die 2 nächsten Wehen vollendeten die Geburt des Kindes. Drehung der 2. Schädellage gemäss. Nabelschnur 1 mal straff um den Hals geschlungen; es waren noch einige Herzschläge bemerkbar aber Belebungsversuche erfolglos, keine Respiration. Die placenta wurde nach längerer Anwendung des Credé'schen Handgriffs exprimirt; ein grosses Blutcoagulum folgte ihr nach. Darauf Darreichung von 0,7 Grm. Secale, um gute Contraction des uterus zu sichern.

Die Entbundene wurde bei langsamem und kräftigem Pulse zu Bett gebracht. Sie war durch den Geburtshergang mit Ausnahme der letzten 24 Stunden wenig afficirt worden. Nur als am Abende vor der Geburt stärkere Wehen auftraten, klagte sie über Frost, hatte raschen Puls und Durst.

Das Kind muss als ausgetragen gelten. Die eine Schädelhälfte ist stark abgeflacht und nach vorn verschoben. Ein vom promontorium herrührender 2 Finger breiter Druckstreifen zieht über die vordere Hälfte des linken Scheitelbeins in der Richtung von oben hinten nach unten vorn. Starke Kopfgeschwulst auf Hinterhaupt und hinterem Abschnitte des rechten Scheitelbeins.

Der Ausgang der Geburt wäre ohne Zweifel glücklicher gewesen, wenn die Frau dem Rathe ihres Arztes folgend, schon im April gekommen wäre. Sie hatte ohne triftigen Grund ihre Reise von Woche zu Woche verschoben.

Am 15. Juli wird die Wöchnerin gesund entlassen.

Vierter Fall.

(J.-No. 5399.)

Die Schwangere S. ist 34 Jahre alt, mittelgrosse Blondine, kräftig gebaut. Sie war stets gesund, lernte früh laufen. Bei ihrer Geburt wurde sie mit der Zange extrahirt. Die Mutter starb am dritten Tage des Wochenbettes. Sie will eine unvollkommene, linksseitige Gesichtslähmung zurückbehalten haben. Die erste Menstruation trat im 15. Lebensjahre ein, kehrte regelmässig wieder und dauerte etwa 8 Tage.

Dieser Schwangerschaft gingen fünf schwere Geburten voraus und zwar in ihrem 25., 26., 27., 28. und 30. Lebensjahre. Sämmtliche Geburten wurden mit der Zange beendet; die Kinder waren todt bis auf das zweite, welches nach 9 Tagen an Krämpfen starb; mehrere hatten schwere Verletzungen am Kopf; das letzte soll einen zertrümmerten Schädel gehabt haben. Die Kinder waren sämmtlich gross. Das Wochenbett verlief nie ganz normal. Es traten darin Schmerzen im Leib und in den Beinen auf, welch' letztere oft wie gelähmt waren. Das Wochenbett nahm stets eine Zeit von mehreren (bis zu vier) Wochen in Anspruch.

Als Ursache der schweren Geburten wurde von den behandelnden Aerzten Beckenenge angegeben und zur künstlichen Frühgeburt gerathen.

Die letzte Menstruation erfolgte Ende August; die erste Kindesbewegung wurde am 20. Januar wahrgenommen. Während der Schwangerschaft befand sich die S. stets wohl.

Status am 3. März 1872.

Aeussere Untersuchung: Leib mässig ausgedehnt, Hängebauch, fundus uteri 2 Finger breit über dem Nabel. Uterus sehr schlaffwandig, relativ viel Fruchtwasser. Frucht liegt in erster Diagonale, links oben kleine Theile, Rücken rechts hinten, Fötalpuls sehr frequent, rechts unten.

Die Beckenmessung ergab:

sp. il.	26,0	Cm.
cr. il.	28,9	„
Baud.	17,8	„
conj. diag.	10,4	„

Tibien beide verbogen. Schossfuge niedrig, ziemlich stark geneigt, promontorium sehr scharf.

Innere Untersuchung: Scheideneingang und Scheide mässig weit. Scheidentheil ca. 2 Cm. lang, zerklüftet. Cervikalkanal klaffend. Ein grösserer Theil liegt hoch vor; spätere Untersuchung ergibt, dass dieser der Kopf ist.

Dieser Status wurde am 3. April 1872 aufgenommen.

Am 21. Mai, Morgens, wird bei der Schwangeren, welche sich in der 33. Woche der Schwangerschaft zu befinden scheint, eine bougie in den uterus eingeführt. Dieselbe gleitet ziemlich leicht nach oben und löst die Eihäute in grosser Ausdehnung ab. Der Erfolg bleibt sehr gering. Abends wird die boguie entfernt. Kurz nach Einführung derselben hatten sich bei der Schwangeren leichtes Fieber und Schnellerwerden des Fötalpulses eingestellt.

Am 28. April wird eine dickere bougie eingelegt, doch ohne besseren Erfolg. Aus dem Muttermund dringt ein reichliches Secret, von etwas übelem Geruche.

24. April: Allgemeinbefinden der Schwangeren gut. Tags beim Umhergehen schwache Wehen, Nachts meist guter Schlaf.

Zur Unterstützung der Auflockerung und der Reinlichkeit halber wird mehrmals täglich die Kiwisch'sche Douche angewandt.

26. April: Scheide bedeutend aufgelockert, Muttermund bequem durchgängig. Canal. cervical. noch lang. Kopf vorliegend. Wehen noch immer schlecht entwickelt. Es wird deshalb ein Pressschwamm eingeführt, welcher neben besseren Wehen eine bedeutende Erweiterung des Mutter-

mundes bewirkt: nach seiner Entfernung hören die Wehen wieder auf. Er verbreitet üblen Geruch.

29. April, Morgens 8 Uhr, findet sich der Canal. cervical. ganz kurz, der Muttermund ca. 4 Cm. weit, der Kopf dem Beckeneingang fest aufliegend; Kopfgeschwulst. Pfeilnaht verläuft im 2. schrägen Durchmesser. Fötalpuls rechts unten, sehr frequent. Allgemeinbefinden der Kreissenden etwas gestört; Temperatur scheint etwas erhöht, Puls mässig beschleunigt, viel Durst. Wehen ziemlich kräftig.

Kurz nach 9 Uhr ist der Muttermund verstrichen, der Kopf steht auf dem Beckenboden mit fast gerade verlaufender Pfeilnaht. Die Wehen lassen jetzt wieder bedeutend nach und werden sehr ungenügend verarbeitet. Erst um 10 Uhr tritt der Kopf leicht nach aussen; die Schultern folgen langsam nach. Vorher sah man am Kopf mehrfache zuckende Athembewegungen. — Das Kind beginnt sofort laut zu schreien; es hustet wiederholt bräunlichen Schleim aus. Am Kopf hinten links grosse Kopfgeschwulst, Abflachung und Unterschiebung des rechten Scheitelbeins, am rechten tuber parietale Röthung (vom promonterium herrührend) links starkes Oedem beider Augenlide, der Wange und der oberen Halspartie, jedenfalls durch Druck der Symphyse und die starke Biegung des Halses nach der linken Seite, welche der Hängebauch nothwendig machte, entstanden. — Das dem Kinde folgende, mit einigen Meconium-Klumpen vermischte Fruchtwasser hatte einen entschieden üblen Geruch.

Placenta wurde leicht exprimirt. Eihautriss total am Rande der placenta. Nabelschnur excentrisch inserirt. Der Eisack besteht fast nur aus amnion und chorion; nur an einer Stelle hängt ein Fetzen decidua am Placentarrand, locker mit dem chorion verbunden. Der Rest ist im uterus geblieben; die Ablösung der beiden Häute von einander hat offenbar die bougie veranlasst.

Das Wochenbett verlief ohne weitere Störung; die Entbundene wird am 13. Mai mit dem Kinde gesund entlassen.

Fünfter Fall.

(J.-No. 5565.)

Frau J., kleine Brünette, lernte mit dem ersten Jahre gehen, wurde dann rhachitisch, verlernte das Gehen wieder und fing erst mit dem 5. Jahre wieder an. Die drei ersten Geburten wurden am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft durch Perforation beendet. Die vierte Geburt wurde frühzeitig künstlich eingeleitet und endete für Mutter und Kind günstig*). Nach dieser Geburt hat Frau J. noch zwei Mal abortirt, beide Male in den ersten Schwangerschaftswochen, das erste Mal mit bedeutendem Blutverlust und zögernder Involution des uterus.

Während dieser Schwangerschaft befand sie sich stets wohl. Die letzte Menstruation trat am 27. October 1872 ein. Ueber die erste Kindesbewegung weiss sie keine Angabe zu machen.

Status am 12. Juni 1873.

Aeussere Untersuchung: Hängebauch mittleren Grades. Fundus uteri 5 Finger breit über dem Nabel; Wandungen sehr dünn und schlaff; mittlere Fruchtwassermenge. Frucht in erster Diagonale, kleine Theile links vorn, Fötalpuls rechts unten und aussen. Kopf über dem linken Schambein fühlbar. Kopfsteisslänge äusserlich 19,6 Cm.

Die Beckenmessung ergab:

Abstand der spin. il.	=	25,0 Cm.
„ „ crist. il.	=	26,4 „
Baud.	=	16,3 „
„ „ conj. diag.	=	9,2 „

Promontorium steht tief, Seitenwände sind leicht bestreichbar, Knochen derb. Das Becken erweist sich als allgemein verengt und platt.

*) Siehe Weber. D. i Mbg. 1871. Fall I.

Innere Untersuchung: Scheide weit, Scheidengewölbe steht mässig hoch. Cervicalkanal für den Finger noch nicht völlig durchgängig. Kopf hoch, links über dem Beckeneingang, fühlt sich fest an. Ballotirt über dem Becken hin und her.

Am 19. Juni trifft Frau J. in der Anstalt ein. Sie hatte sich wiederholt während der Schwangerschaft gezeigt und war auf heute herbestellt. Es schien die 34. Woche herangekommen zu sein und es war beschlossen, dies Mal nicht bis zur 35. zu warten, weil bei der nunmehrigen 7. Schwangerschaft nicht auf gleich gute Wehen, als früher gerechnet werden konnte, auch die Stellung des Kopfes in einer taschenartigen Ausbuchtung oberhalb der Schossfuge das jetzt vorhandene räumliche Misverhältnis darthat. Die Kopfsteisslänge wurde, äusserlich gemessen, heute zu 21,5 Cm. gefunden. Der Scheidentheil war lang und nicht völlig durchgängig; der Kopf innerlich nur schwer erreichbar. — Zur Vorbereitung der Eröffnung des Cervicalkanals wurden zunächst warme Injectionen (30° R.) 4 mal täglich gemacht. Es folgen darauf leichte Spannungen, welche Nachts nachlassen.

Am 21. Juni wird Mittags eine bougie in den uterus hoch hinaufgeführt. Zwei Stunden später treten häufige, aber schwache Contractionen mit geringem Schmerzgefühl auf. Abends 8 Uhr wird die bougie wieder entfernt. Die Contractionen sind recht häufig geworden. Die Kreissende bekommt wieder eine warme Douche, um den Schleim zu entfernen, welcher etwas mit Blut gemischt ist.

22. Juni: Die Nacht über sind häufige Wehen dagewesen, so dass die Kreissende fast gar nicht geschlafen hat. Die äussere Untersuchung ergibt denselben Befund, wie früher, die innere zeigt den Muttermund scharfrandig, 1 Cm. weit, die Eiblase in grossem Umfange vom unteren Uterinsegment abgelöst. Den ganzen Tag über bleiben die Wehen häufig, aber Abends ist ein Fortschritt in der Eröffnung

des Muttermundes so gut wie gar nicht bemerkbar. Das Allgemeinbefinden der Kreissenden ist gut.

23. Juni: Auch die letzte Nacht verlief nahezu schlaflos wegen häufiger Wehenschmerzen. Dennoch zeigt die innere Untersuchung ausser zunehmender Erweichung der Theile keinen Fortschritt. Gegen Morgen stellte sich bei der Kreissenden starke Uebelkeit ein, die aber nach dem Genusse des Frühstücks vergeht. Die Kreissende steht Morgens eine kurze Weile auf und erhält eine warme Injection. Mittags 1 Uhr wird der Katheter wieder eingelegt. Derselbe dringt hoch hinauf und wirkt deutlich auf Verstärkung der Wehen ein. Nach 2 Uhr wurde er ausgetrieben und nun auch weggelassen. Abends erfolgt alle 3—5 Minuten eine Contraction, welche sich kräftig anfühlt. Der Muttermund ist sehr weich und dünn, aber nur gut 1 Cm. weit. Gegen Abend werden die Wehen kräftiger. Nachts 11 Uhr springt die Blase. Der Status ist darauf: Uterus wenig wasserhaltig, Frucht in erster Diagonale, Rücken rechts; über der Schamfuge ist ein grosser Theil der Kopfwölbung fühlbar, etwas höher, der Halsgegend entsprechend, eine starke Einziehung. Seltene, doch kräftige Wehen. Fötalpuls rechts unten, normal. Vaginalwände dick geschwollen. Muttermund hochstehend, thalergross, weich und dehnbar, Der rechte Arm der Frucht ist vorgefallen und bis zum Ellenbogen bestreichbar. Vom Kopf erreicht man hinten und über der Schossfuge mit 2 Fingern eingehend ein kleines Segment.

Es wurde zunächst die Reposition des Armes versucht, und diese gelang auch so weit, dass nur die Fingerspitzen eben über dem Muttermund gefühlt werden konnten. Ein fernerer Versuch, durch äusseren Druck den Kopf von der Schossfuge herabzubringen, blieb selbst nach längerer Anwendung von Binden und untergeschobenem Polster nutzlos. Es zeigte sich nach einer Stunde, dass der Arm wieder in das Scheidengewölbe gesunken war. Vom Kopf war

keine Spur mehr, als zuvor zu fühlen. Der Muttermund war so weit geworden, dass im Notfalle die Frucht hätte extrahirt werden können. Bei dieser Sachlage lag die Befürchtung der Entwicklung einer hinteren Scheitelbeinstellung, vielleicht mit Nabelschnurvorfall und starker Quetschung der Weichtheile über der vorderen Beckenwand, nahe. Diese Erwägung liess die Wendung räthlich erscheinen.

Die chloroformirte Kreissende wurde in die linke Seitenlage gebracht. Herr Prof. Dohrn ging mit der rechten Hand ein, erreichte nicht ohne Schwierigkeiten ein Bein (welches sich später als das rechte, nach hinten gelegene, auswies), zog dies an und erreichte nach wiederholtem, kräftigem Zug die Umdrehung. Die Kreissende wurde auf den Geburtsstuhl gebracht und auscultirt. Der Fötalpuls laut aber auf ca. 100 Schläge verlangsamt. Meconium ging nicht ab, dagegen erfolgte bei der Wendung mässiger Blutabgang. Nachdem Frau J. aus der Narkose erwacht war, folgten wieder kräftige Wehen, welche sehr bald den Steiss zum Einschneiden brachten. Hierbei machte der Rücken der Frucht eine Drehung von links vorn nach hinten, hinten rechts, rechts seitlich und in letzter Richtung trat der thorax durch. Der rechte Arm kam mit der Brust, der linke wurde leicht gelöst. Dabei zuckende Respirationen des Kindes. Mit Mühe gelang es, den Zeigefinger in den links hochstehenden Mund zu bringen. Dann wurden die Finger der linken Hand gabelförmig über den Hals gesetzt, äusserlich gedrückt und die Kreissende zum Mitarbeiten ermahnt. Mit einem Ruck passirte der Kopf den Beckeneingang, sodann rasch die Beckenhöhle, drehte sich und wurde extrahirt.

Das Kind kam bleich, schlaff zur Welt, machte aber bald im Bade eine rasselnde Inspiration. Voller 2 Stunden bedurfte es aber, bis die Athmung regelmässig wurde, für die Belebung, an deren Erfolg zeitweise gezweifelt wurde.

Es kam nur das warme Bad mit Reibungen und Schwenkungen in demselben zur Anwendung.

Die Placenta wurde mit Credé'schem Handgriff unter ziemlichem Blutabgang entfernt. Nabelschnur sehr kurz.

Befinden der Kreissenden gut. Das Kind, welches bereits im Laufe des ersten Tages mehrmals mit Appetit getrunken hatte, befindet sich wohl und entwickelt sich gut. — Am 28. Juli werden Mutter und Kind gesund entlassen.

Sechster Fall.

(J.-No. 5582.)

Die Schwangere W. ist 33 Jahre alt, mittelgross, blond, hat im 2. Lebensjahre das Laufen erlernt, weiss Nichts von englischer Krankheit, hat von Kindheit an an den Augen gelitten, das linke Ellenbogengelenk ist ankylotisch. — Die erste Menstruation hatte sie im 18. Jahre; diese kehrte vierwöchentlich wieder, dauerte acht Tage und war stets reichlich.

Sie hat vor 6 Jahren zum ersten Male geboren, wurde mit der Zange entbunden. Das Kind blieb nur 4 Stunden am Leben. Der Entbindung folgte eine dreivierteljährige Erkrankung.

Was diese ihre zweite Schwangerschaft betrifft, so hatte sie Anfang September die letzte Menstruation, weiss nicht, wann sie die ersten Kindesbewegungen fühlte, wohl aber, dass sie diese rechts und links, oben und unten wahrnahm. Während der Gravidität befand sie sich wohl. Spätere Angaben über die letzte Menstruation stimmen mit der obigen durchaus nicht überein.

Status am 4. Juni 1873.

Aeussere Untersuchung: Leib kugelig, fundus uteri drei Finger breit über dem Nabel, Wandungen straff; viel Fruchtwasser, Frucht klein, in erster Diagonale, Rücken rechts, Fötalpuls rechts unten. — Spätere Untersuchungen stimmen mit Obigem im Wesentlichen überein. Eine solche, 10 Wochen

später als die erste (am 22. August 1873) angestellt, zeigt, dass der fundus acht Finger breit über dem Nabel sich befindet, mässiger Hängebauch vorhanden ist und die Kopf-Steisslänge nach Ahlfeld'scher Messung 23,4 Cm. beträgt.

Knochen sind derb, beide Tibien etwas verbogen, Kreuz leicht eingezogen. Promontorium stumpf, Schossfuge tiefstehend, von mittlerer Neigung. Seitenwände leicht zu bestreichen.

Innere Untersuchung: Schamspalte weit. Starke Schleimabsonderung, Scheidentheil hoch, hart, geschlossen. Kein vorliegender Theil.

Am 28. August ist der Scheidentheil 1,5 Cm. lang. Der Cervicalcanal lässt ein Fingerglied eindringen. Kopf steht fest auf dem Becken.

Die Maasse des allgemein verengten platten Beckens sind:

sp. il.	=	26,5 Cm.
cr. il.	=	27,9 „
Baud.	=	17.8 „
conj. diag.	=	10—10,5 Cm.
conj. vera zu		8,2 Cm. taxirt.

Nach Erhebung des Befundes vom 22. August wird am 23. (etwa in der 35.—36. Woche) mit der künstlichen Einleitung der Frühgeburt begonnen. Morgens 9 Uhr wird eine bougie in den uterus hinaufgeführt. Zwei Stunden nachher häufige Spannungen, gegen Mittag an Stärke zunehmend.

24. August: Verflossene Nacht guter Schlaf, doch ist die Geburt weiter vorwärts gekommen. Morgens 9 Uhr findet sich der Cervicalcanal für 2 Finger durchgängig, 2 Cm. lang, der Kopf dem inneren Muttermunde fest aufliegend. Befinden der Kreissenden und Fötalpuls gut. — Im Laufe des Tages sind die Wehen schwach. Abends wird 3 Stunden lang wieder eine bougie eingelegt, welche die Wehen etwas verstärkt.

25. August: Letzte Nacht fortwährender Wehendrang, kein Schlaf, den Tag über ebenso. Nachmittags 4 Uhr Blasensprung bei 1 Cm. weitem, dünnem Muttermund. Abends 9 Uhr kräftige Wehen. Muttermund 2 Cm. weit, scharfrandig; Kopf liegt fest auf. Fötalpuls gut, ebenso das Befinden der Kreissenden.

26. August: Morgens $3^1/_2$ Uhr ist die Geburt erfolgt. Regelmässige Drehung der ersten Schädellage entsprechend. Rascher Durchschritt durchs Becken. Nachgeburt erst nach längeren Versuchen durch Crede'schen Handgriff entfernt.

Das Wochenbett verlief im Allgemeinen normal. Während desselben hatte sich ein Abscess der linken Brust gebildet, welcher nach Eröffnung rasch heilt.

Am 15. September werden Mutter und Kind gesund entlassen.

Siebenter Fall.

(J.-No. 5495.)

Die 24-jährige Schwangere L. ist mittelgross, blond, hat erst im 6. Jahre gehen gelernt. Die erste Menstruation, welche im 21. Jahre eintrat, kehrte bei dreitägiger Dauer stets nach 4 Wochen wieder, war reichlich.

Anlangend diese ihre erste Schwangerschaft, so hatte sie die letzte Menstruation Mitte April 1872, concipirte Anfang April (unbestimmte Angaben). Die ersten Kindesbewegungen fühlte sie rechts oben, wann? weiss sie nicht mehr.

Status am 18. December 1872.

Aeussere Untersuchung: Etwas Hängebauch, Wandungen straff, fundus 4 Finger breit über dem Nabel, Frucht in erster Diagonale, kleine Theile rechts oben. Kopf berührt den Schambeinast. Rücken links, Fötalpuls links unten; viel Fruchtwasser.

Innere Untersuchung: Schamspalte eng, Scheide trocken, zähes Secret, Scheidentheil cylindrisch, nach rechts stehend, Cervicalcanal geschlossen. Muttermund erbsengross geöffnet.

Kopf liegt vor. Seitenwände des Beckens leicht bestreichbar. Schossfuge niedrig, wenig geneigt, promont. springt scharf vor.

Das allgemein verengte platte Becken hat folgende Maasse:

sp. il.	= 25,1	Cm.
cr. il.	= 26,4	„
Baud.	= 17,1	„
conj. diag.	= 10,0	„
conj. vera zu	8,4	taxirt.

Linke tibia zeigt eine Spur von Verkrümmung, Knochenbau derb, Oberschenkel gerade.

Nachdem durch wiederholte Untersuchungen die bestehende, ziemlich beträchtliche Beckenenge constatirt, wurde die künstliche Einleitung der Frühgeburt beschlossen.

Die Zeit der Schwangerschaft schien Mitte Januar die 34. Woche zu sein. Der fundus steht am 14. Januar fast handbreit über dem Nabel, zwischen Kopf und Becken schien schon einiges Misverhältnis zu bestehen, da der Kopf hoch über dem linken Schambeine ballotirte. Die Kopf-Steisslänge, äusserlich gemessen, betrug 23 Cm., die Frucht stand, wie es schien, in erster Schädellage.

Der noch ganz geschlossene Cervicalcanal verbot alle Intrauterin-Methoden. Es wird daher zunächst am 14. Januar, Morges 10 Uhr, ein feiner Pressschwamm eingeführt, welcher nach zwei Stunden ziemlich beträchtlich gequollen ist und leichte, seltene Contractionen hervorgerufen hat. Um $2^1/_2$ Uhr wird ein dickerer Pressschwamm eingeführt und Abends 6 Uhr entfernt. Es sind seltene, aber kräftige Contractionen dagewesen, und der Cervicalcanal lässt bequem einen Finger bis zum inneren Muttermund dringen.

15. Januar: Die Nacht ist unter häufigen Wehen völlig schlaflos vergangen. Die Untersuchung zeigt Morgens 9 Uhr: Allgemeinbefinden gut, Puls 88; Befund äusserlich,

wie früher, häufige energische Contractionen. Scheide sehr aufgelockert, Scheidentheil verstrichen, Muttermund 2 Ctm. weit, scharfrandig, Eiblase treibt sich in die Scheide vor, Kopf mit einem kleinen Theile (Hand?) vorliegend. Morgens 11 Uhr Blasensprung bei 3 Cm. weitem Muttermunde. Die Blase reisst anfänglich oben ein, so dass das Vorwasser zunächst noch erhalten bleibt; darauf kräftige, schmerzhafte Wehen. Kopf liegt fest auf dem Becken, die Pfeilnaht scheint nahe der hinteren Beckenwand zu verlaufen. In der conjungata eine Naht, Kronen- oder Hinterhauptsnaht. Fötalpuls kräftig, aber zwischen 108 bis 132 wechselnd.

3 Uhr: kräftige Wehen, starke Kopfgeschwulst. Kleine Fontanelle links, ziemlich tief stehend. Pfeilnaht etwas hinter der Beckenweite quer stehend, hinteres Scheitelbein etwas untergeschoben, Nähte schmal. Mässiger Blutabgang. Muttermund nahe vor dem Verstreichen.

Geburt erfolgt um 3¹/₄ Uhr. Der Kopf ist fast mit einer Wehe durch die Beckenhöhle getreten. Drehung der ersten Lage entsprechend. Das Kind bei einmaliger Umschlingung der Nabelschnur nicht asphyctisch. Kopf beträchtlich verschoben. Linkes Scheitelbein stark abgeflacht, bedeutende Kopfgeschwulst auf dem hinteren Abschnitt des rechten Scheitelbeins. Am linken Scheitelbein, nahe hinter der grossen Fontenelle beginnend und von hier schräg nach unten und etwas nach vorn, nahezu parallel der Kreuznaht verlaufend, ein breiter, tiefrother Streif, 5. Cm. lang, Druckspur des promontorium. Der Streif geht ganz bis in die Nähe des Ohres und wahrscheinlich sind hier einige Facialis-Aeste gedrückt, denn die linke Gesichtshälfte, besonders in der oberen Partie, ist leicht paretisch. Misst man von der Mitte des Druckstreifens bis nach der gegenüberliegenden gewölbtesteten Stelle des rechten Scheitelbeins mit dem Tastercirkel, also den Durchmesser, welcher in der conjugata vera gestanden hat, so erhält man 8,4—8,5 Cm.

Ueber dem rechten Ohre ist ein horizontaler, schmaler Streifen, von der Symphyse herrührend, sichtbar.

Die placenta wurde durch den Credé'schen Handgriff sehr leicht entfernt. Der Damm riss bei der Geburt ziemlich beträchtlich ein.

Wochenbett: Vier Stunden post partum entstand eine ziemlich beträchtliche Blutung. Es wurde eine Injection von kaltem Wasser gemacht und 0,5 Secale cornut. gegeben, wonach die Blutung stand.

16. Januar: Schmerzhafte Nachwehen, uterus dabei auf Druck empfindlich, kein meteorismus. Bekommt extr. Op. 0,06.

17. Januar: Nachts guter Schlaf, gutes Allgemeinbefinden. Lochialfluss normal.

28. Januar wird die Perineoplastik des bei der Geburt eingerissenen Dammes in der Weise gemacht, dass aus der hinteren Vaginalwand ein dreieckiges Stück excidirt, jede Seitenwand angefrischt wird, und sämmtliche angefrischte Partieen mit Silberdraht vereinigt werden.

4. Februar: Entfernung der Nähte. Die Wunde ist per primam sehr gut geheilt.

10. Februar: Mutter und Kind werden gesund entlassen.

Achter Fall.

(J.-No. 5413.)

P. H., mittelgrosse Blondine, 29 Jahre alt, von kräftigem Körperbau, will früher an doppelten Gliedern gelitten und erst im vierten Jahre laufen gelernt haben. Im Uebrigen war sie stets gesund.

Was diese ihre erste Schwangerschaft anlangt, so war sie zuletzt Mitte April 1870 menstruirt und glaubt die ersten Kindesbewegungen Anfang September in der linken Seite oben wahrgenommen zu haben. Während der Gravidität befand sie sich wohl.

Status am 21. December 1871.

Aeussere Untersuchung. Leib stark ausgedehnt, uterus nach rechts abgewichen, fundus herzförmig, linkes Horn handbreit über dem Nabel; viel Fruchtwasser. Frucht scheint in zweiter Diagonale zu liegen. Kleine Theile rechts oben, Rücken links, Fötalpuls links unten, frequent.

Kreuz stark eingezogen, beide Tibien nach aussen gebogen. Promontorium niedrig, sehr scharf, etwas nach rechts abgewichen. Seitenwände flach, leicht zu bestreichen. Vordere Beckenwand sehr stark geneigt. Knochenbau kräftig.

Innere Untersuchung: Labien geschwollen, Scheide sehr weit, starke Leukorrhoe, Scheidengewölbe dick. Port. vag. ca. 2 Cm. lang, weich, can. cervical. klaffend. Ein nicht bestimmbarer Theil liegt hoch vor. Die Blase ziemlich stark gefüllt.

Nach einer Woche ist die port. vag. sehr aufgelockert, höchstens 1,5 Cm. lang. Can. cerv. eine Strecke weit permeabel. Kopf im Beckeneingang.

Beckenmaasse:

Abstand der	spin. il.	= 25,8	Cm.
„	crist. il.	= 27,4	„
„	Baud.	= 18,1	„
„	conj. diag.	= 9,7	„

Das Becken scheint also ein allgemein verengtes, plattes rhachitisches zu sein.

Mit Rücksicht auf die beträchtliche Verkürzung der conjugata, welche zu 7,8 Cm. taxirt wurde, und die gleichzeitige Verengerung des Beckens in querer Richtung wird die künstliche Einleitung der Frühgeburt beschlossen. Nach eigner Angabe befindet sich die Schwangere am Ende des 9. oder Anfang des 10. Monats. Dem entspricht jedoch der innere Befund nicht ganz, doch besteht im Augenblicke noch kein wesentliches Misverhältnis zwischen Kopf und Becken, da der erstere mit einem ziemlichen Segment dasdelbe deckt.

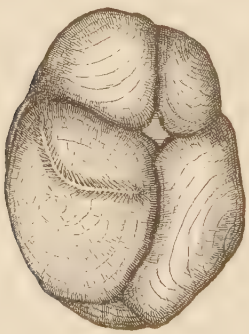
Am 30. Decbr. wurde eine bisher noch nicht gebrauchte bougie in den uterus eingeführt und konnte leicht hoch hinaufgeschoben werden. Nach 12 Minuten trat eine leichte Spannung ein und nach 2 Stunden wurden zwei kräftige Contractionen in viertelstündiger Pause beobachtet. Gegen Abend wurden dieselben ein wenig häufiger. Um 10 Uhr Abends wurde die bougie entfernt, der Cervicalkanal war jetzt bequem permeabel, und bei einer eintretenden Wehe spannte sich die Blase. Der Kopf lag beweglich auf.

Aeusserlich war der status insofern verändert, als der uterus sehr stark nach rechts geneigt und die Frucht in Folge dessen im ersten schrägen Durchmesser fast horizontal lag. Rechts schien der Rücken zu liegen, Fötalpuls hier am lautesten, klappend wie oben, links kleine Theile.

31. December, Morgens $^1/_2$8 Uhr: Die Kreissende hat vor Mitternacht etwas geschlafen, seit 1 Uhr sind häufigere stärkere Wehen eingetreten. Der Scheidentheil ist im Verstreichen, der Muttermund 1,5—2 Cm. weit. Die Blase spannt sich, Kopfstand unverändert. Das Misverhältnis tritt mehr hervor, der Kopf zeigt viel Neigung seitlich auszuweichen. Am Finger ein kleines, schwarzes Blutgerinnsel und bräunlicher, nicht übelriechender Schleim. Aeusserlich ist der Fötalpuls unten hörbar. Um 10$^1/_2$ Uhr wird Reinlichkeits halber und zur Unterstützung der Auflockerung eine warme douche gegeben. Dabei erfolgen mehrere kräftige, aber rasch vorübergehende Contractionen. Um 1 Uhr kommen die Wehen in Pausen von 3—4 Stunden wieder und halten ca. 1 Minute an. Mässiges Schmerzgefühl dabei. Um 2$^1/_2$ Uhr geht ziemlich viel klares Fruchtwasser ab. Danach werden die Wehen alsbald kräftiger, anhaltender, schmerzhafter und kehren viel haufiger wieder. Um 4 Uhr zeigt sich der Muttermund 2,5—3 Cm. weit, hinten dünnrandig, vorn dick, wulstig. Der Kopf liegt mit mässig dicker Geschwult, die diffus über den

Muttermund hinausragt, noch beweglich auf dem Beckeneingang. Die Pfeilnaht findet sich etwa 2 Cm. weit vom Promontorium entfernt, die grosse Fontanelle steht tief, etwas rechts vom Vorberg, das hintere Scheitelbein etwas untergeschoben. Die kleine Fontanelle hoch, links zur Seite. Fötalpuls: 132 Schläge, klappend. Die Scheide und äusseren Genitalien sind ziemlich angeschwollen, der Muttermund erweitert sich rasch. Um 5 Uhr ist das linke Scheitelbein, welches zugleich etwas untergeschoben ist, tiefer eingetreten. Es wird linke Seitenlage angeordnet, welche den Erfolg hat, dass bereits nach einer Viertelstunde der Kopf ins Einschneiden kommt. Um 6 Uhr tritt der Kopf nach aussen und folgt der Rumpf sofort nach. Nabelschnur um den Hals geschlungen. Das Kind, leicht asphyctisch, beginnt nach kurzer Pause schnappend und dann in längeren Zwischenräumen zu athmen. Im nachfolgenden Fruchtwasser befindet sich frisch entleertes meconium. Im Bade schreit das Kind regelmässig. — Placenta leicht nach Credé entfernt, ohne Besonderheiten.

Am kindlichen Kopfe befindet sich eine diffuse Anschwellung auf dem rechten Scheitelbeine. Auf dem linken sieht man unmittelbar nach der Geburt einen 0,5—1 Ctm. breiten gerötheten Druckstreifen, der in der Nähe der Pfeilnaht und der grossen Fontanelle beginnt von da nach dem tuber parietale hin zieht, sich hier unter einem fast rechten Winkel nach vorn zieht und in einer tiefen Furche zwischen Schuppe und Coronar-Naht endigt. Die ganze linke Schädelhälfte ist abgeflacht und nach vorn geschoben. Das Scheitelbein unter-, das Stirnbein übergeschoben. Die linke Schuppennaht klafft stärker als die rechte, das Kinn schaut ein Wenig nach rechts.



Den 13. Januar 1871: Das Kind, welches bisher ganz gesund schien, sieht sehr bleich und welk aus. Die Lippen sind cyanotisch, die Respiration geschieht oberflächlich und unregelmässig, bald wieder gewaltsam mit Zuhülfenahme aller accessorischen Athemmuskeln. Die Nase ist zum Theil verstopft, die Luft dringt rasselnd durch sie hindurch. Kehlkopf ist frei. Der thorax dehnt sich besonders links wenig aus. Rechts ist der Percussions-Schall sehr voll, links matter. Alle Versuche, das Kind zum regelmässigen Athmen zu bringen sind vergebens. Am 14. Januar Morgens 3 Uhr erfolgt unter leichten Convulsionen der Tod.

Die Wöchnerin wird am 15. Januar nach völlig normalem Wochenbett gesund entlassen.

Section des Kindes:

Schlecht entwickelte Leiche, starke Todenstarre, zahlreiche livores, Nabelwunde noch nicht vollständig vernarbt.

Kopf: Beim Abziehen der Kopfschwarte zeigt sich hinten über dem rechten Scheitelbeine ein Blutextravasat, die linke Schädelseite ist etwas nach vorn geschoben. In dem grossen sinus mässig viel Blut. An der Hirnbasis finden sich einige kleine Blutextravasate; Hirnsubstanz sehr blutreich.

Bauch: Im abdomen keine Flüssigkeit, in den artt. umb. einige lockere Gerinnsel, in der ven. umb. nur eine Spur von Blut. Der Magen enthält Milch, Schleim und Gas. Leber fest und blutreich. Milz normal. Blase leer. In den Nieren einige Harnsäureconcremente. Im Darm Gas und flüssiger Inhalt.

Brust: Herzbeutel leer; im rechten Ventrikel viel flüssiges Blut, for. oval. verlegt.

Auf der pleura pulmonum einige Ecchymosen beiderseits. Mit Ausnahme des Randes des oberen Lappens ist das ganze Gewebe links atelectatisch, rechts ist nur der obere Lappen atelectatisch, der untere emphysematös In Trachea und Bronchien nichts Besonderes.

Vorstehende Fälle sind wohl dazu angethan, das neuerdings fast in Miscredit gekommene geburtshülfliche Verfahren wieder in ein besseres Licht zu setzen, und hierauf gestützt, will ich versuchen, in den folgenden Blättern der so heftig angegriffenen Operation das Wort zu reden.

Bei Erörterung des Angedeuteten, wobei es sich um die fernere Existenz in solcher Verbreitung handelt, wie diese die genannte Operation in den letzten Decennien gefunden hatte, streife ich natürlich an die Geschichte der künstlichen Frühgeburt.

Doch eine weitschweifige, aus der Literatur zusammengetragene Darstellung ihrer Entstehung an diesem Orte zu geben, würde für das vorliegende Thema eben so nutzlos sein, als sie im Allgemeinen überflüssig erscheinen müsste, da ja jedes Lehrbuch der Geburtshülfe das Wissenswertheste darüber enthält.

Nur soviel sei auch hier erwähnt, dass man in Deutschland dem in England über diese Operation herrschenden günstigen Urtheile rasch beitrat und diese mehr und mehr schätzen lernte, so dass sie schon um die Mitte der zwanziger Jahre eine ziemlich verbreitete Aufnahme gefunden hatte.

Wie so oft, heiligte auch hier das Herkommen den Gebrauch. Man leitete nun Frühgeburt ein, so oft es der herrschenden Lehre zufolge räthlich erschien und Niemand machte sich daran, die erzielten Erfolge auch ein Mal einer gründlichen Prüfung zu unterwerfen.

Erst in der jüngsten Zeit fing man an, Kritik zu üben und zwar mit einer Strenge, welche die fernere Existenz des ehemals so hochgeschätzten Curverfahrens fast zu bedrohen schien.

Vor Allen war es Spiegelberg, welcher an der Hand einer bedeutenden Statistik die künstliche Frühgeburt in die engsten Grenzen verwiesen haben wollte. Im ersten Bande des Archivs für Gynaekologie finden wir eine von

genanntem Autor verfasste tabellarische Zusammenstellung einer grossen Zahl von Geburtserfolgen bei Beckenenge, welche so sehr zu Ungunsten der künstlichen Frühgeburt sprechen, dass es Einen nicht Wunder nehmen darf, wenn frühere Verehrer dieser Operation nunmehr begannen, ihre Vortheile in Zweifel zu ziehen und sie endlich fast ganz, d. h. im Sinne ihrer bisherigen Anwendung, verwarfen.

Doch sie fand auch noch ihre Vertheidiger, welche sie eben so warm in Schutz nahmen, als jene Partei sie heftig angriff. Und diese letztere scheint, den neuesten Verhandlungen zufolge, die unterliegende zu sein, für die künstliche Frühgeburt also eine neue Aera zu beginnen, welche ihr die geschmälerten Rechte reichlich ersetzen wird.

Der oben erwähnte Aufsatz von Spiegelberg ist in der jüngst vergangenen Zeit so oft und so eingehend bei den Verhandlungen über die Zulässigkeit der Frühgeburt bei Beckenenge besprochen worden, das es überflüssig erscheinen muss, hier eine detaillirte Entwicklung noch ein Mal zu geben.

Die wesentlichsten Fehlerquellen der Spiegelberg'schen Lehre hebt Litzmann in einem Aufsatze im zweiten Bande derselben oben genannten Zeitschrift hervor. Ich erwähne besonders folgende Stelle aus dieser Arbeit:

„Um die Frage allein durch die procentischen Verhältnisse zu entscheiden, erscheint mir, bei der Ungleichartigkeit des Materiales, selbst die Summe der von Spiegelberg zusammengetragenen Fälle nicht gross genug."

Durch die „Ungleichartigkeit des Materiales" sucht also Litzmann vorzugsweise die ungünstigen Spiegelberg'schen Resultate zu erklären. Um die Richtigkeit dieser seiner Ansicht zu stützen, giebt er selbst eine je nach den Graden der Beckenenge genau differenzirte Uebersicht der von ihm erzielten Erfolge, welche von denen Spiegelberg's weit abweichend, mehr zu Gunsten der Operation sprechen.

Bei einer Art der Vergleichung, wie sie von Litzmann gewählt wurde*), konnte es natürlich nicht fehlen, dass das Ergebniss solcher Prüfung ein sehr exactes werden musste, nur bleibt dabei zu bedenken, ob selbst bei der genauesten Diagnose es möglich ist, Becken zur Vergleichung auszuwählen, welche so wenig von einander abweichen, dass in jedem Fall der Geburtsmechanismus derselben bleiben musste. Wenn selbst einem Meister in der Becken-Diagnostik eine grössere Abweichung vom regelmässigen Baue entgehen konnte, wie viel mehr werden Irrthümer dieser Art weniger Geübten passiren können, und für solche Fälle würde uns die Litzmann'sche Vergleichungs-Methode ebenfalls noch zu nicht ganz correctem Resultate führen können.

Als einziger Ausweg zur Vermeidung jedes Fehlers dieser Art erübrigt uns nur, den Verlauf und Ausgang der Geburten an *demselben* Becken zu beobachten.

Diese von Dohrn gewählte Art, die Ausgänge der Geburten bei spontanem Eintritte mit solchen nach künstlicher Einleitung derselben zu vergleichen, scheint jedes Vorwurfs der Incorrectheit zu entbehren, oder doch wenigstens wesentliche Vorzüge von den früheren Vergleichungsweisen voraus zu haben.

Da die Beckenform beim ausgewachsenen Menschen unter normalen Verhältnissen dieselbe bleibt, so kann diese bei den Geburten auf den Hergang derselben sicher keinen ändernden Einfluss ausüben, wodurch wir, wenn man nach eben genannter Art die nach einander folgenden Geburten vergleicht, der Begehung eines wesentlichen Fehlers überhoben werden, welcher bei Litzmann's Methode noch denkbar wäre. Es könnten nämlich, da nach dem Vorschlage des Letzteren die Geburten bei verschiedenen Personen beobachtet werden sollen — natürlich bei möglichst gleichen Beckenformen — diese letzteren, weil sie eben verschiedenen Personen angehören, jedes nach seiner Confi-

*) Siehe Archiv für Gynäkologie. Bd. II. S. 169 ff.

guration der Art modificirend auf den Hergang der Geburt einwirken, dass die so gewonnenen Resultate nicht so stricte practisch zu verwerthen wären, wie dies nach Beobachtungen an demselben Becken doch geschehen kann. — Treten bei späteren Geburten dennoch störende Verhältnisse ein, welche bei den voraufgegangen Gebäracten nicht beobachtet wurden, so können diese nur zufälliger Natur sein, und es wäre sicher zu weit gegangen, wollte man deshalb solche Geburten, weil sie nicht genau nach demselben Schema verliefen, als zur Vergleichung ungeeignet verwerfen. Jedenfalls könnte für Fälle dieser Art die letzt erwähnte Dohrn'sche Vergleichsmethode speciell der Vorwurf der Ungenauigkeit nicht treffen, denn solche Eventualitäten beziehen sich auf alle Formen der Vergleichung, und Fehler dieser Art, will man sie überhaupt als solche ansprechen, sind sicher nicht zu meiden.

Wir sind ferner auf diese Weise jeglicher diagnostischer Irrthümer überhoben, welche wir begehen könnten, wenn wir auf Grund der Untersuchung an Lebenden zwei Becken als im Wesentlichen in ihrem Baue übereinstimmend ansprechen wollten. Wir bedürfen wohl einer genauen Diagnose des Beckens, wenn Frühgeburt überhaupt in Frage kommt, ob wir aber mit den jetzt gebräuchlichen Hülfsmitteln im Stande sind, diese mit solcher Präcision zu stellen, wie man sie zur Beantwortung einer so wichtigen Frage doch verlangen müsste, wenn man Becken verschiedener Personen zur Vergleichung heranziehen will, ist doch mindestens zu bezweifeln. Denn jener Theil der diagnostischen Technik, welcher sich auf die Erforschung der Durchmesser in querer und schiefer Richtung des Beckens bezieht, führt gegenüber den exacten Bestimmungen, welche mit Hülfe des Testercirkels gemacht werden können, doch nur zu ungefähren Resultaten. Es kann deshalb das stereometrische Bild, welches der Untersucher von der Beckenform bekommt, den wahren Verhältnissen wohl nahe, doch selten ganz gleich sein.

Wenn wir über die Zulässigkeit der künstlichen Frühgeburt entscheiden wollen, so können wir natürlich nur solche Beweisgründe verwerthen, welche keinen Zweifel der Richtigkeit zulassen. Abgesehen davon, dass es überaus schwierig sein muss, nach Litzmann's Vorschlag Fälle auszuwählen, welche so viele Analogieen bieten, dass wir sie als beweisend gelten lassen könnten, lässt sich doch für eine grosse Zahl von Fällen dieser Art der Einwurf machen, dass sie sehr an Beweiskraft einbüssen, weil wir (dies gilt von allen Primiparen) nicht wissen können, ob nicht auch ohne Frühgeburt der Hergang ein günstiger gewesen wäre.

Haben uns aber voraufgegangene Geburten bereits über den Grad der Schwierigkeit des Geburtsverlaufes Aufschluss gegeben, wie dies bei Dohrn's Vergleichungsweise stets der Fall sein muss, so haben wir in dem Ausgange der später eingeleiteten Frühgeburt den besten Fingerzeig für unsere Entscheidung.

Doch wozu sich abmühen, die Vorzüge einer derartigen Gegenüberstellung in allen Einzelnheiten dem Leser vor Augen zu führen! Sie wird in praxi selbst schon für sich reden.

Es erübrigt mir noch einen scheinbaren Widerspruch in dieser Abhandlung aufzuhellen: Nach dem auf voriger Seite Gesagten könnte es den Anschein haben, als wollte ich a priori gegen die künstliche Einleitung der Frühgeburt bei *Erstgebärenden* zu Felde ziehen, während ich bereits weiter oben einige Erfolge dieser Operation bei Primiparen niederlegte.

Es geht uns allerdings für die Nothwendigkeit des Operirens bei Letztgenannten eine so stricte Beweisführung, wie wir diese bei Multiparen beibringen können, ab, und wir müssen uns für solche Fälle nach den Analogieen richten, welche wir bei anderer Gelegenheit gefunden haben. Nur bei Entscheidung der vorliegenden Frage

überhaupt, glaube ich, dürfe man solche Fälle nicht heranziehen, und zwar aus Gründen, welche weiter oben angeführt wurden.

Ob die Operation bei Erstgebärenden überhaupt Anwendung finden darf, darüber steht mir natürlich kein Urtheil zu, sind doch selbst Autoritäten darüber ganz entgegengesetzter Meinung. So scheint Spiegelberg sie nicht mehr auf Primipare ausdehnen zu wollen, während Litzmann sagt: „Die Operation ist — auch bei Erstgebärenden — indicirt bei dem zweiten und höchstens noch den Anfängen des dritten Grades der Beckenenge“ und versteht darunter allgemein gleichmässig verengte Becken von weniger als 9 Cm. conj. v. und einfach platte und allgemein verengte, platte Becken mit einer conj. v. von 8,2—7,4 Cm. endlich einfache platte und allgemein verengte platte Becken von ca. 7,3 Cm. c. v. und etwas darunter.

Im Allgemeinen wird sich wohl keine bestimmte Regel für solche Fälle aufstellen lassen und es dem Ermessen des Einzelnen anheim gegeben werden müssen, wie in den betreffenden Fällen das Verfahren zu wählen ist.

In Folgendem will ich nun in dem oben angedeuteten Sinne eine Zusammenstellung der Fälle, welche in den Dissertationen von Justi, Schemm und Weber aus hiesiger Klinik veröffentlicht sind und denjenigen, welche mir Herr Prof. Dohrn zur Publication überliess, machen, um durch Vergleichung derselben zu ergründen, wie sich die Resultate bei künstlich eingeleiteter Frühgeburt herausstellen, den Geburtserfolgen gegenüber, welche bei denselben Becken ohne diese Operatron erzielt wurden.

Erfolge bei spontanem Geburtseintritte

Laufende Nr.	Nummer der Fälle in den Dissertat.	Beckendiagnose Maass d. C. ver.	Zahl früherer Geburten.	Operationen bei früheren Geburten.	Ausgang für die Kin	
					günstig.	ungünst
1	J. I.	Allgem. verengtes plattes Becken C. v. = 8,5 Ctm.	2	bei 1. Zange.	1	1
2	J. II.	Plattes Becken. C. v. = 8,5 Ctm.	2	2mal Zange.	—	2
3	Schl. I.	A. v. pl. B. C. v. = 7,0	2	1 Zange.	—	2
4	Schl. II.	Siehe No. 1			—	—
5	Schl. V.	A. v. pl. B. C. v. = 8,4.	1	—	—	1
6	Schl. VII.	Siehe No. 1.			—	—
7	W. I.	A. v. pl. B. C. v. = 7,4.	3	3 Perforat.	—	3
8	W. IV.	A. v. pl. B. C. v. = 8,3.	1	Wendung.	—	1
9	W. VII.	A. gleichm. v. B. C. v. = 9,5.	1	Zange.	—	1
10	S. I.	A. v. pl. B. C. v. = 8,2.	2	Zange. Wendung.	—	2
11	S. II.	Kyphotisch-quer. v. B.	1	Zange.	1	—
12	S. III.	Pl. rhach. B. C. v. = 7,5.	2	Zange. Perforation.	1	1
13	S. IV.	A. v. pl. B. C. v. = 8,6.	5	5mal Zange.	—	5
14	S. V.	Siehe No. 7.			—	—
15	S. VI.	A. v. pl. B. C. v. = 8,2.	1	Zange.	—	1
S. 15	—	—	23	20 = 86,5%	3 = 13,0%	20 = 87,0%

Erfolge bei künstlich eingeleiteter Frühgeburt.

Schwangerschaftswoche.	Operationen bei künstlicher Frühgeburt.	Ausgang für die Mütter		Ausgang für die Kinder	
		günstig.	ungünstig.	günstig.	ungünstig.
34	—	1	—	—	1
32	—	1	—	-	1
30	Extraction.	1	—	1	--
30	—	1	- -	1	—
34	Zange.	1	—	—	1
35	—	1	—	—	1
35	Extraction des Kopfes.	1	—	1	—
36	Zange.	1	—	—	1
35	—	1	—	1	—
35	—	—	1	—	1
35	Zange.	1	—	1	—
35	—	1	—	—	1
36	—	1	—	1	—
34	Wendung.	1	—	1	—
35	—	1	—	1	—
34 Durchsch.	6 = 40%	14 = 93,3%	1 = 6,7%	8 = 53,3%	7 = 46,7%

Der Procentsatz, welcher auf vorstehender Tabelle erhalten wird, differirt zwar sehr von den Resultaten Spiegelberg's, und ich würde nicht wagen der grossen Summe von Geburtserfolgen gegenüber, welche dieser Autor verwerthen konnte, die gefundenen Resultate als beweisend für die vorliegende Frage anzusprechen, wenn ich nicht eine theilweise wesentliche Uebereinstimmung mit Litzmann gefunden hätte. Diese letztere giebt obiger tabellarischen Zusammenstellung grösseren Wert.

Ausser den jedesmaligen Ausgängen für Mutter und Kind habe ich noch einige Data angeführt, welche mir ebenfalls für die vorliegende Frage von Bedeutung zu sein scheinen, ich meine die Zahl früherer, der Frühgeburt vorangegangener Niederkünfte und die Operationsfrequenz in beiden Arten von Geburt.

Wir ersehen, dass beim Erwarten des normalen Endes der Schwangerschaft in 86,5 % der Fälle operirt werden musste, während bei Frühgeburt diese Procentzahl auf 40 sinkt. Es lässt sich freilich von vorn herein erwarten, dass diese Nachhülfen um so mehr wegfallen werden, je geringer das Misverhältnis zwischen Beckenhöhle und Kindesschädel ist, und das gewonnene Resultat ist deshalb gerade kein wunderbares. Eher verdienen wohl die Consequenzen Berücksichtigung. Den häufigen mechanischen Eingriffen entsprechend, finden wir dort auch häufiger schwere und lange Erkrankungen sich an das Puerperium anschliessen, als bei künstlich eingeleiteter Frühgeburt. Nach meiner Zählung folgten 22 rechtzeitigen Niederkünften 13 schwere Wochenbetterkrankungen (59,09 % der Fälle) und 15 künstliche Frühgeburten hatten 6 also nur 40 % solcher Erkrankungen im Gefolge.

Wenden wir uns nun zu den Ergebnissen, welche die Erhaltung von Müttern und Kindern sowohl bei künstlicher Frühgeburt, als auch beim natürlichen Geburtseintritte betreffen:

Die Sterblichkeitszahl für die Mütter beträgt bei den Geburten am normalen Ende der Schwangerschaft natürlich 0, denn nur unter der Voraussetzung der Erhaltung der Mütter ist ja die Dohrn'sche Vergleichsweise denkbar. Bei künstlicher Frühgeburt weist vorstehende Tabelle ein so günstiges Resultat auf, wie es sich kaum besser erwarten lässt.

Was die Kinder anlangt, so spricht das traurige Resultat, welches wir bei normalem Geburtseintritte erzielen — erhalten nur 13,0 %, gestorben 87,0 % — offenbar sehr zu Gunsten der Einleitung der Frühgeburt, wobei doch mehr als die Hälfte der Gebornen am Leben blieben und gesund entlassen werden konnten.

Wie weit die Resultate auseinandergehen, welche in der kieler und marburger Klinik einerseits erzielt und aus vielen anderen Anstalten Deutschlands andererseits von Spiegelberg veröffentlicht sind, wird wohl am Meisten in die Augen fallen, wenn ich diese vergleichsweise nebeneinander stelle.

Litzmann findet bei seinem zweiten Grade der Beckenenge:

Mütter bei rechtzeitiger Geburt
erhalten: 81,2 %
gestorben: 18,7 %

bei künstlicher Frühgeburt
erhalten: 92,5 %
gestorben: 7,4 %

Für die Kinder gestaltet sich das Verhältniss folgendermaassen:

1) bei rechtzeitiger Geburt werden
erhalten: 25 %
verloren: 75 %

2) bei künstlicher Frühgeburt bleiben
am Leben 25,9 %, zu den verzeichneten
todtgeborenen 51,8 %
sind also noch die bald nach der Geburt gestorbenen zuzuzählen, wodurch deren Zahl auf 74,1 % heranwächst.

Spiegelberg findet folgende Werthe:

1) Bei spontanem Geburtseintritte werden von den *Müttern* 93,5 % erhalten, es sterben demnach 6,5 % derselben.

Von den *Kindern* ist 35 % Sterblichkeit angeführt, während lebend 64,9 % erhalten werden.

2) Bei künstlicher Frühgeburt beträgt die Procentzahl für die Sterblichkeit der *Mütter* 15, am Leben werden demnach erhalten 85 % (84,9).

Für die *Kinder* beträgt die Sterblichkeit 66,9 %, erhalten werden 33 %.

Zu folgender Tabelle, welche dies Verhältnis übersichtlicher machen soll, wählte ich die tabula III der Litzmann'schen Zusammenstellung, weil diese sich auf Becken bezieht, bei welchen der genannte Autor selbst vorzugsweise die Frühgeburt künstlich eingeleitet haben will und ferner, weil die Becken, welche in hiesiger Klinik zur Einleitung der Frühgeburt gewählt wurden, denen auf Litzmann's tab. III genau entsprechen, zu einer Vergleichung also vorzugsweise sich eignen.

Erfolge

Resultate.	*bei spontanem Geburtseintritt*				*bei künstlicher Frühgeburt.*			
	Mütter.		Kinder		Mütter		Kinder	
	erhalten.	gestorben.	erhalten.	gestorben.	erhalten.	gestorb.	erhalten.	gestorben.
Nach Spiegelberg.	93,5%	6,4%	64,9%	35%	84,9%	15%	33%	66,9%
Nach Litzmann.	81,2%	18,7%	25%	75%	92,5%	7,4%	25,9%	74,1%
Nach früherer Tabelle dieser Arbeit.	—	—	13,0%	87,0%	93,3%	6,7%	53,3%	46,7%

Wenn man die in hiesiger Klinik durch die Frühgeburt erzielten Resultate überblickt, so könnte es Einen fast Wunder nehmen, dass Spiegelberg aus den Zusammenstellungen der Fälle dieser Art von fast allen deutschen Kliniken solch' traurige Resultate erhalten konnte. Wir müssen wohl die Erklärung für diese Erscheinung nicht sowohl in den Gefahren, welche mit dieser Operation verbunden sind, als vielmehr in den zufälligen ungünstigen Ereignissen suchen, welche die Wöchnerinnen und Neugebornen später betrafen. Ich finde freilich in Spiegelberg's Abhandlung keine Bemerkung über etwa vorhanden gewesene pyämische Infectionen, welche die Resultate verschlechtert hätten, und das Gesagte ist deshalb nur Hypothese, freilich eine solche, welche gewiss nicht sehr an Wahrscheinlichkeit entbehrt. — In der marburger Klinik werden solche Erkrankungen mit grösster Sorgfalt zu verhüten gesucht, ein Umstand, dem man sicher die oben erwähnten günstigen Erfolge betreffs der Ausgänge der Puerperien zuzuschreiben hat.

Es möchte vielleicht von Interesse sein, die Resultate, welche bei künstlicher Einleitung der Frühgeburt in hiesiger Klinik während der Leitung des Herrn Prof. Dohrn in sämmtlichen Fällen erzielt wurden, tabellarisch überblicken zu könnnn; ich lasse deshalb eine solche Uebersicht an diesem Platze folgen. In den früher genannten Dissertationen finden sich sämmtliche Fälle bis zum Jahre 1871 verzeichnet, die dann noch folgenden wurden oben mitgetheilt.

Es veröffentlichte Justi 4 Fälle
„ Schlemm 9 „
„ Weber 7 „
in dieser Abhandlung finden sich 8 „

verzeichnet, so dass die Gesammtzahl 28 beträgt.

Erfolge

der 28 Fälle künstlicher Frühgeburt der marburger Klinik.

Mütter		Kinder		Operationen.	Puerperal-Erkrankung.	Schwangerschaftswoche.
erhalten.	gestorben.	erhalten.	gestorben.		schwere.	
26	2	15	13	8	6	34 im Durchschnitt.
= 92,8%	= 7,1%	= 53,6%	= 46,4%	= 28,6	= 21,4%	

Betreffs der Kinder ergiebt sich hier also noch ein günstigeres Resultat, als auf der obigen Tabelle, wo nur ein Theil der Frühgeburten verrechnet wurde.

Die Operationen, welche gemacht wurden, sind:

Anlegen der Zange in 2 Fällen
Wendung „ 2 „
Extraction am Steiss „ 1 Fall
Extraction des Kopfes „ 3 Fällen

Es möchte wohl wünschenswert erscheinen, dass die Tabelle, welche ich weiter oben als erste aufstellte und welche die Dohrn'sche Vergleichungsweise zeigt, als

Anfangsglied einer Reihe in ähnlicher Weise verfasster Zustammenstellungen betrachtet würde, denn erst wenn von verschiedenen Seiten her ein umfassendes derartiges Material geboten sein wird, wird sich ein durchaus sicheres Urtheil über den Wert der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge fällen lassen.

Thesen.

I.

Die Dammstütze ist kein Schutzmittel gegen Einrisse des perineum.

II.

Der Seitendruck ist in den Verästelungen einer Arterie höher, als im Stamme derselben.

III.

Der das Puerperal-Fieber veranlassende Infectionsstoff ist nicht flüchtig.

Robert Eduard Otto Suchier, Sohn des verstorbenen Physicus Dr. Gustav Suchier und dessen Gattin Christiane, geb. Kuchenbecker, wurde geboren zu Allendorf a. d. W. am 15. Juli 1849. Er besuchte die Gymnasien zu Hersfeld und Marburg und absolvirte auf letzterem das Maturitätsexamen. Am Ende des ersten auf der Universität Marburg begonnenen Studienjahres wurde er für die Dauer des Krieges als Heilgehülfe im Lazarethe Hofgeismar angestellt. Nach seiner Rückkehr zur Universität Marburg bestand er im Winter 1871—72 das tentamen physicum und im December 1873 das examen rigorosum.

Seinen akademischen Lehrern, den Herrn Professoren und Docenten:

Beneke, Carius, Dohrn, Falck, Greef, v. Heusinger, Horstmann, Hüter, Külz, Lahs, Lieberkühn, Mannkopff, Melde, Nasse, Roser, Schmidt und Wagener

stattet er hiermit seinen Dank ab.